UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1962 N° 50

PROBLÈME ÉTIOPATHOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉNURÉSIE ESSENTIELLE CHEZ L'ENFANT

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplômé d'État

présentée et soutenue publiquement en Juin 1962

PAR

Jules BRÉDENT

MEMBRES DU JURY

MM.	VIRENQUE	*Président*
	SOREL, MONTASTRUC, RASCOL	*Assesseurs*
	PASQUIÉ	*Suppléant*

Imprimerie Édouard Privat
14, rue Idrac — Toulouse

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546522_0096

PROBLÈME ÉTIOPATHOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉNURÉSIE ESSENTIELLE CHEZ L'ENFANT

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen : M. LAZORTHES.
1er Assesseur : M. BLANC.
2e Assesseur : N...
Doyens honoraires : MM. GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER, DELAS, RISER, SOULA.
Professeurs honoraires : MM. RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NANTA, DUCUING, TAPIE,

SECTION MÉDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	M. MÉRIEL
Clinique médicale	M. GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologique	M. FABRE (P.)
Clinique chirurgicale et du cancer	M. GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	M. VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	M. BAZEX
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne	M. MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires	M. LHEZ
Clinique médicale infantile et puériculture	M. SOREL
Clinique neurologique et psychiatrique	M. GÉRAUD
Clinique obstétricale	M. GUILHEM
Clinique ondo-stomatologique	N...
Clinique ophtalmologique	M. CALMETTES
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	M. CALVET
Clinique rhumatologique	M. RUFFIÉ (R.)
Clinique traumatologique des membres	M. RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale	M. PONTONNIER
Anatomie	M. LAZORTHES
Anatomie appliquée	M. POUILHÈS
Anatomie pathologique	M. FABRE (J.)
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale	M. ANDRIEU
Chimie biologique	M. VALDIGUIÉ
Electro-radiologie	M. MARQUÈS
Embryologie générale	M. BROUSSY (J.)
Histologie	M. BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail	M. PLANQUES
Médecine sociale	M. BONHOURE
Parasitologie	M. BOUISSET
Pathologie chirurgicale	M. DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	M. SENDRAIL
Physico-chimie	M. AUVERGNAT
Physiologie	M. LAPORTE (Y.)
Physiologie appliquée et pharmacologie	M. BAISSET
Physique biologique et médicale	M. BUGNARD
Propédeutique médicale	N...
Thérapeutique	M. DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	M. COULOUMA
Pathologie médicale	M. LAPORTE (J.)
Bactériologie	Mme ENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Biochimie médicale	M. DOUSTE-BLAZY
Physique médicale	M. BRU

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	M. Bastide
Anatomie pathologique	M. Bouissou
Anesthésiologie	M. Lareng
Carcinologie	M. Estrade
Histologie et embryologie	M. Planel
Parasitologie	M. Ruffié (J.)
Pathologie expérimentale	M. Gleizes
Physiologie	M. Montastruc
Physiologie	M. Bessou
Physique médicale	M. Commanay

AGRÉGÉS

Médecine générale	M. Monnier
Médecine générale	M. Ribaut
Médecine générale	M. Delaude
Médecine générale	M. Calazel
Médecine générale	M. Rascol
Chirurgie générale	M. Enjalbert
Chirurgie générale	M. Ficat
Chirurgie générale	M. Pasquié
Chirurgie générale	M. Souquet
Chirurgie générale	M. Sarrazin
Dermatologie et syphiligraphie	M. Dupré
Hydrologie	M. Denard
Médecine légale	M. Grèzes-Rueff
Obstétrique	M. Espagno
Odontostomatologie	M. Cadenat (H.)
Pédiatrie	M. Bardier

AGRÉGÉS LIBRES

Anatomie	M. Thomas
Ophtalmologie	M. Déodati
O.R.L.	M. Claux
Pathologie chirurgicale	M. Dieulafé

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme Dulucq-Mathou
Chimie analytique, toxicologique et hygiène industrielle	M. Bourron
Chimie pharmaceutique	M. Blanc
Matière médicale	M. Vincent
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	M. Caujolle
Pharmacie galénique	M. Stanislas
Zoologie	M. Roux

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M. Couturier

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles	Mme Caujolle

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Microbiologie	M. Breuillaud
Sciences physiques	M. Pitet
Toxicologie	M. Broussy (G.)

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	M. Roche
Secrétaire	M. Berrut

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
ANNÉE 1962 N° 50

PROBLÈME ÉTIOPATHOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ÉNURÉSIE ESSENTIELLE CHEZ L'ENFANT

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplômé d'État

présentée et soutenue publiquement en Juin 1962

PAR

Jules BRÉDENT

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MEMBRES DU JURY

MM.	VIRENQUE	*Président*
	SOREL, MONTASTRUC, RASCOL	*Assesseurs*
	PASQUIÉ	*Suppléant*

Imprimerie Édouard Privat
14, rue Idrac — Toulouse

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE

A MA FEMME

et

A MES FILS JACQUES ET FRED

Puisse le couronnement de mes études leur procurer toutes les joies longtemps attendues.

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE ET A MES BEAUX-PARENTS

En témoignage de ma profonde gratitude.

A mes amis.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE,

Professeur de Clinique Chirurgicale et Orthopédie,

Chirurgien des Hôpitaux,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le très grand honneur de présider notre Jury de Thèse. Nous l'assurons de notre sincère gratitude et le prions d'accepter l'hommage de notre profond respect.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOREL,

Professeur de Clinique Médicale Infantile et Puériculture,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter de juger notre Thèse. Avec nos remerciements, nous vous assurons de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MONTASTRUC,

Maître de Conférence Agrégé de Physiologie.

En témoignage de reconnaissance pour la clarté de son enseignement au cours de nos études. Nous lui exprimons nos vifs remerciements pour son aide bienveillante à l'élaboration de ce travail.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RASCOL,

Professeur Agrégé de Médecine générale.

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de siéger à notre Jury de Thèse.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PASQUIÉ,

Professeur Agrégé de Chirurgie générale.

En témoignage de gratitude et avec nos respectueux sentiments.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FLOUTARD,

Médecin-Chef du Service de Pédiatrie

de

l'Hôpital d'Albi.

Pour l'intérêt qu'il a manifesté et les conseils précieux qu'il a bien voulu nous donner.

En hommage respectueux.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

A MES CHEFS DE SERVICE DE L'HOPITAL D'ALBI

INTRODUCTION

Fréquemment posé, trop rarement résolu jusqu'à présent, le problème de l'énurésie soulève maintes questions de pathogénie et de thérapeutique. Plus d'un enfant sur vingt ne contrôle qu'imparfaitement ses mictions après l'âge de 5 ans.

Bien que l'énurésie ne soit qu'exceptionnellement une maladie grave, elle est susceptible d'altérer douloureusement les rapports entre l'enfant et ses parents et, par là, d'entraîner les conflits psychologiques les plus fâcheux.

Mais tout d'abord qu'est-ce que l'énurésie ou, plus exactement, que désigne-t-on par ce terme?

Sous le terme d'Énurésie, on désigne, en réalité, de très multiples aspects du retard de la continence urinaire chez l'enfant. Etymologiquement, le terme énurésie est synonyme d'incontinence d'urine. En fait, les deux termes sont totalement différents. L'incontinence représente un état organique ou fonctionnel s'opposant à la retenue vésicale des urines; l'énurésie réalise de véritables mictions absolument normales, physiologiquement parlant, mais faites de façon inconsciente, involontaire, et hors de propos.

« L'Énurésie est une miction à la fois active et complète, involontaire et inconsciente, survenant, le plus souvent, au cours du sommeil chez un enfant ayant dépassé l'âge de 3 ans. » Définition donnée par Schachter et Cotte. L'âge limite de 3 ans proposé en 1941 par Schachter et Cotte a été plus récemment reculé à 4 ans par Hallgren (B.) en 1957. La fréquence de l'Énurésie est difficile à établir suivant le milieu : Consultation pédiatrique ou consultation psychiatrique infantile.

Hallgren donne les chiffres suivants : « le pourcentage de ce trouble, dans une population totale est, approximativement, de 10 % chez les garçons et de 9 % chez les filles. »

Les modifications actuelles dans l'éducation des enfants, le confort matériel apporté par maintes innovations d'habillement, sont sans doute les responsables de la multiplication des cas d'énurésie ou, au moins, de « propreté tardive ».

Les mères de famille et les nourrissons du début du siècle mettaient leur point d'honneur à obtenir de l'enfant une propreté passive puis active dans la première année de leur vie. Aujourd'hui, par des moyens de protection locale, on laisse les choses se faire d'elles-mêmes et on évite ainsi des corvées de jour et de nuit assez astreignantes, il faut le reconnaître. Dans les conditions normales, tout finit par rentrer dans l'ordre, spontanément. Mais peut-être que dans cette absence d'éducation les cas subnormaux évoluent vers l'énurésie.

Il nous a été donné d'observer avec le Docteur Floutard (X.) huit cas d'énurésie essentielle, dans le service de pédiatrie du Centre hospitalier d'Albi. Il nous a paru intéressant de refaire à cette occasion une revue de ce problème quotidien en Médecine praticienne. Le plan de notre étude sera :

après un rapide historique de l'évolution des idées concernant l'Énurésie,

un bref rappel de la physiologie de la miction nous en venons au :

— PROBLÈME CLINIQUE,

L'ÉTIOLOGIE,

— LA PATHOGÉNIE,

— LES TRAITEMENTS ET LA PROPHYLAXIE.

Nous rapporterons, en dernier lieu, nos observations.

Dans un dernier et très court chapitre, nous résumerons en quelques phrases les conclusions de ce travail.

HISTORIQUE

Petit (J.-L.) (1674-1750) a été l'un des premiers sans doute à rechercher une classification des énurétiques. Pour lui, il existait :

— des simulateurs paresseux et conscients,

— des hypersomniques,

— des rêveurs qui rêvaient qu'ils urinaient normalement « dans un pot ».

Desault (F.-J.) (1744-1795) s'est lui aussi intéressé à l'Énurésie.

Le Dictionnaire Jaccoud (1874, article : Incontinence n° 18) accordait à cette question cinquante-six lignes; le Dictionnaire de Dechambre (1886, article : Incontinence, Voies urinaires, Vessie), vingt-neuf lignes seulement.

Ce n'est qu'au début du XX^e^ siècle que psychiatres et pédiatres s'occupent sérieusement de l'Énurésie.

En 1934, Paisseau et Lambling, dans le traité de Médecine des Enfants, accordent à la question des pages fort pertinentes.

En 1935, Lesme et Lievre précisaient les facteurs étiologiques.

En 1946, Bergé (A.) (4) insiste surtout sur le facteur psychique.

En 1950, Aubin (H.) (1) réunissait les traitements nouveaux à opposer à l'Énurésie.

Cette même année Peron étudiant toutes les formes étiologiques possibles et Brisset montraient que les arriérés mentaux étaient souvent des énurétiques.

Binet (L.) et Mathé (G.), en 1951, étudiaient le retentissement de l'obscurité sur la diurèse.

Heuyer, la même année, proposait un traitement par gardénal; Malhuret disait utiliser avec succès la vitamine E.

Lacassie, en 1952, consacrait à l'Enurésie une mise au point d'autant plus importante qu'elle portait sur les conceptions physiopathologiques modernes.

En 1953, Lauret insistait sur les fausses énurésies, incontinences par malformations locales des voies urinaires, et justiciables de la correction plus ou moins sanglante.

Polge-Legrand et Paycha, dans une étude très intéressante, ont signalé l'association de l'Énurésie à un strabisme.

Le comportement central retient l'attention des auteurs contemporains, et Duran (P.) (16) et ses collaborateurs ont étudié les tracés électro-encéphalographiques de l'enfant énurétique; ils disent les avoir trouvés perturbés.

Enfin le dernier traitement proposé par les auteurs russes est purement diététique. La multiplicité des méthodes thérapeutiques signe à la fois le polymorphisme étiopathogénique des énurésies, et les inconstances des résultats. Car chaque enfant énurétique pose ses propres problèmes qu'il faut étudier à fond, dans un climat de confiance et de compréhension avant de décréter la cause de l'Énurésie, et d'en prescrire la façon d'y remédier.

DONNÉES ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

La sécrétion urinaire et la miction qui en est la dernière manifestation, sont dépendantes de facteurs physiologiques complexes.

Avant d'envisager la physiologie de la miction, faisons un bref rappel anatomique.

RAPPEL ANATOMIQUE

Dans l'intervalle des mictions, l'urine secrétée de manière continue par les reins s'accumule dans un réservoir musculo-membraneux, la vessie, dont les parois sont formées de trois tuniques :

— une tunique externe conjonctive ou adventice;

— une tunique moyenne comprenant une couche externe de fibres longitudinales qui, en raison de leur action prépondérante pour l'expulsion de l'urine, sont nommées : détrusor urinae; une couche moyenne de fibres circulaires;

— une couche interne de fibres disposées par faisceaux anastomosées en réseau, enfin une tunique interne muqueuse.

Ce réservoir comprend deux obstacles à l'écoulement de l'urine : un sphincter interne à fibres lisses et un sphincter externe à fibres striées.

INNERVATION

La vessie reçoit ses nerfs du plexus hypogastrique. Les fibres proviennent du sympathique et du parasympathique.

Les fibres sympathiques préganglionnaires, émanant d'un neurone central, sortent de la moelle par les racines lombaires 1 et 2, traversent la chaîne ganglionnaire et se terminent dans le ganglion mésentérique supérieur au contact du neurone ganglionnaire. Les fibres se distribuent par le plexus hypogastrique à la paroi vésicale et au sphincter lisse.

Les fibres parasympathiques préganglionnaires sortent de la moelle par les racines sacrées 1, 2 et 3. Elles font partie du système autonome parasympathique sacré. Elles parviennent au plexus hypogastrique par la voie des nerfs érecteurs. Elles trouvent leur relais ganglionnaire dans les neurones intrapariétaux de la vessie et du sphincter lisse. La fibre post-ganglionnaire, très courte, se distribue aux fibres lisses.

Le sphincter externe strié reçoit une innervation motrice des cellules des cornes antérieures de la moelle sortant par les racines sacrées et parvenant au sphincter par la voie des nerfs honteux.

Les fibres sensibles centripètes de la vessie empruntent la voie des nerfs hypogastriques et principalement des nerfs pelviens (érecteurs). Elles se mêlent aux fibres motrices sympathiques et parasympathiques.

L'excitation du bout central des filets sensibles provoquent la contraction de la vessie.

L'excitant réflexe normal des contractions vésicales est la distension de la vessie.

La pénétration de quelques gouttes d'urine dans l'urètre postérieur, sous l'influence de la pression vésicale, détermine également une excitation qui déclenche un réflexe de contraction vésicale.

RÔLE DU SYSTÈME NERVEUX

CENTRES MÉDULLAIRES DE LA MICTION

La section de la moelle au-dessus de la moelle lombo-sacrée est suivie d'une période où la miction ne se produit que par regorgement comme après section des

nerfs de la vessie, ou après section de la queue de cheval (Raussy). Après cette période d'atonie réapparaît une miction réflexe périodique automatique. La miction réflexe peut également être provoquée chez les animaux par excitation de l'abdomen, de la vessie ou du gland.

Cette mixtion réflexe, impossible dans un système nerveux intact, montre, comme l'a fait remarquer Minkowski, que les réflexes médullaires ne sont que des mécanismes plus complexes et qui entrent comme composants dans des systèmes d'association dont le point culminant se trouve dans les centres supérieurs et jusque dans l'écorce cérébrale.

CENTRES CORTICAUX

Soula a montré que l'excitation du girus sigmoïde chez le lapin, le chien et le singe provoque des mouvements d'expulsion de la vessie.

L'existence de relais corticaux est prouvée par les réflexes conditionnels de miction. Le bruit de l'eau qui coule, les émotions peuvent provoquer la miction.

Les réflexes de miction peuvent être déclenchés par des excitations sensitives et sensorielles qui, par la voie des relais centraux, parviennent aux centres effecteurs de la molle.

L'âge exact auquel un enfant est maître de sa fonction vésicale varie considérablement, mais c'est surtout entre 3 ans et demi et six ans que le contrôle est acquis.

Le contrôle vésical ne peut se faire que parce qu'en même temps le système nerveux et le système autonome ont évolué vers le stade de la maturation : affinement des sensations subjectives de réplétion vésicale, de besoin d'uriner, acquisition aussi d'un contrôle volontaire sur les masses musculaires permettant de modifier la pression intra-abdominale. C'est par tâtonnement, par expérience progressive, que l'enfant se rendra

maître de sa fonction vésicale. On sait aussi, depuis Freud (17), l'importance qu'il faut accorder à l'étude des facteurs affectifs dans l'acquisition du contrôle des sphincters.

La rétention volontaire, l'élimination de l'urine, entraînent pour l'enfant une sensation de valeur érotique. L'éducation tend à supprimer ces satisfactions et c'est en vue d'obtenir un amour plus grand, une sécurité plus grande que l'enfant accepte de renoncer à ces satisfactions.

On peut déjà prévoir que des facteurs fort divers sont susceptibles de retarder ou d'empêcher l'acquisition de ces différents contrôles volontaires, qu'il s'agisse de causes locale, nerveuse, psycho-affective.

LE PROBLÈME CLINIQUE

Pour N. et M. Soulé la sémiologie est essentielle à préciser. C'est pour lui que la famille vient consulter, et une étude sémiologique fine et précise peut préserver d'erreurs diagnostiques et orienter vers tel ou tel type de contexte psychologique ou vers un contexte d'origine organique.

Voici donc un enfant énurétique ou soi-disant tel.

N. et M. Soulé disent qu'il faut d'abord préciser :

1° SI L'ÉNURÉSIE EST PRIMAIRE OU SECONDAIRE

Étudier la durée de la période de propreté. Préciser l'âge où l'Énurésie est apparue (Cl. Launay).

Solliciter les souvenirs et les réponses, car un intervalle de quelques mois entre 2 et 3 ans peut être oublié, lors d'une consultation à 10 ans précisent N. et M. Soulé (32).

Il prend, cependant, une grande valeur si on le retrouve.

Souvent les faits ne sont pas aussi nets; accalmies courtes; Énurésie peu franche; nombre de nuits avec accidents variables selon certaines circonstances; parfois améliorations partielles.

Hallgren (21) admet l'Énurésie acquise, si l'enfant vit une période sèche avant l'âge de 4 ans durant sans discontinuer une année ou davantage.

2° ÉTUDIER LE RYTHME ACTUEL

D'après N. et M. Soulé, il peut exister :

a) soit une Énurésie totale et sans faille. Chaque nuit l'enfant mouille son lit.

b) soit une Énurésie clairsemée. C'est l'Énurésie entrecoupée de nuits sèches. Souvent, disent N. et M Soulé, cette Énurésie s'inscrit dans un contexte d'anxiété, en relation avec la fatigue, arrivée des résultats ou des bulletins scolaires.

c) soit une Énurésie revêtant un caractère intermittent.

Les mêmes, N. et M. Soulé, ajoutent qu'il faut terminer l'interrogation par l'étude de l'abondance des urines, la compréhension du contexte :

— le coucher et la literie,
— les boissons,
— les réactions de la famille,

face au symptôme.

Les réactions de l'enfant qui seront fonction des thérapeutiques entreprises.

Accorder une attention minutieuse à l'étude du sommeil.

Hallgren (21) indique : « 40 % des enfants étudiés, souffrant d'Énurésie nocturne, avaient un sommeil lourd, avec une plus grande fréquence chez les garçons que chez les filles, et une plus grande fréquence encore chez ceux atteints d'Énurésie primaire nocturne, se mouillant encore à l'âge de 12 ans, et une fréquence moindre chez ceux qui guérissaient vers l'âge de 7 ans ».

Pestel dit que les examens à demander et les recherches à faire peuvent être multipliés sans beaucoup de profit, car dans la règle on ne retrouve aucune perturbation ni physique, ni fonctionnelle, même la prise d'un tracé électroencéphalographique ne permet en aucune façon de prévoir le pronostic.

En pratique, ajoute Pestel, on retrouvera assez fréquemment chez les enfants de 8 à 9 ans un comportement de « retardé affectif », en particulier vis-à-vis de leur mère, où leur attitude est encore celle d'un petit enfant.

Pestel ajoute enfin que l'Énurésie sera surtout en rapport avec l'anxiété que posent chez ces sujets les problèmes de la vie.

Pestel conclut qu'il faut, quand on a décelé l'importance de ce facteur, étudier le caractère de l'enfant en sachant que pour certains d'entre eux, et dans des familles d'énurétiques, peut intervenir un facteur héréditaire de terrain.

Marcel (J.-E.) propose d'achever cet examen clinique par un contrôle neurologique et quelques aperçus psychiques à moins que, déjà, ont ait été renseigné sur eux.

ÉTIOLOGIE

C'est un des problèmes le splus controversés en psychiatrie infantile et en pédiatrie. De tous temps, les étiologies les plus diverses ont été découvertes et affirmées; chaque fois qu'un facteur nouveau est incriminé, il a comme corollaire une étude statistique et une conclusion thérapeutique. Nous ne citerons pas toutes celles qui ont pu être proposées.

Pour toutes, l'argument « in fine » est toujours la réussite du traitement qui ressortit à leur théorie. Il convient de ne citer que les hypothèses qui nous paraissent les plus vraisemblables.

1° LA POTOMANIE

Launay (Cl.) a posé un problème qu'il intitule « Énurésie et potomanie », indiquant ainsi que certaines énurésies sont liées à un apport exagéré de liquide.

Il a constaté qu'un grand nombre d'enfants atteints d'Énurésie sont potomanes et de ce fait, polyuriques et pollakiuriques. Ces enfants boivent, non seulement beaucoup à chaque repas, mais entre les repas et le soir avant le sommeil, malgré les interdictions.

Leur examen et l'expérience montrent qu'ils ne sont atteints d'aucun trouble organique et qu'on peut, au cours d'un séjour hospitalier, les plier au régime commun de restriction hydrique.

Cette manie trouve souvent son origine dans une habitude familiale (polyurie héréditaire et familiale). Quand elle est peu marquée, cette potomanie est facilement guérie par l'isolement. L'auteur trouve au moins un enfant grand buveur sur 5 énurétiques.

Mais Launay (27) indique aussi qu'il ne peut être question d'y voir une relation de cause à effets. Quelles

que soient sa pollakiurie et sa polyurie, un sujet normal est réveillé par le besoin d'uriner autant de fois qu'il est nécessaire. De plus, nous pensons qu'on peut retrouver à l'origine de la potomanie et de l'Énurésie des problèmes affectifs de compensation et de regression qui expliquent l'association des deux troubles qui seraient ainsi concomittants et non corollaires.

2° LE SOMMEIL

Il est logique d'attribuer à la nature du sommeil un rôle considérable dans la genèse de l'Énurésie, rôle que l'on peut résumer de façon simpliste en disant que si l'enfant urine sans se réveiller, c'est bien parce que son sommeil est si profond qu'il ne perçoit pas le besoin. Et, comme cette infirmité guérit, le plus souvent au moment de la puberté, époque à laquelle le sommeil tend à devenir moins profond, cette opinion a été défendue par de nombreux auteurs. Pour certains même, l'explication serait anatomo-physiologique et dans une connexion et une juxtaposition des centres cérébraux supérieurs du sommeil et de la diurèse. Cliniquement, il est certain que l'énurétique apparaît souvent comme ayant un sommeil profond. Les parents de ces malades sont, dans la plupart des cas, formels sur la difficulté qu'ils ont à éveiller l'enfant pour le faire uriner, phénomène très particulier à cet enfant là, à la différence de ses frères et sœurs par exemple.

Cependant, le problème paraît plus complexe :

a) Les sommeils, les anesthésies prolongées et profondes ne sont pas toujours à l'origine d'une miction non contrôlée. Et la profondeur du sommeil peut entraîner tout aussi bien un blocage vésical et une rétention.

b) Il s'agit, du reste, d'une hypersomnie élective. Seule de toutes les excitations qui sont d'habitude ressenties par l'énurétique endormi, la réplétion vésicale

aurait le privilège de respecter le sommeil. Et l'imperturbabilité du sommeil de l'énurétique concerne, seulement, l'exonération vésicale (Lacassie).

3° HYPERVAGOTONIE PELVIENNE ET HYPERTONIE VÉSICALE

A) *HYPERVAGOTONIE PELVIENNE*

Sicard attribuait un rôle essentiel au déséquilibre du système neuro-végétatif. Il en donnait pour preuves la raideur extrême du jet de la miction nocturne, le caractère presque convulsif de celle-ci, l'état de demi-érection de l'enfant plongé alors au plus profond de son sommeil, la respiration ralentie avec tendance à la bradycardie et aux sueurs, tous phénomènes traduisant la prédominance du système para-sympathique. Cette hyperexcitabilité donnerait des mictions impérieuses quasi réflexes.

B) *HYPERTONIE VÉSICALE*

Trousseau avait déjà montré, dans l'histoire clinique de certains énurétiques, les envies impérieuses et la pollakiurie. La miction, une fois commencée, ne peut être interrompue volontairement. Duché a remarqué cette pollakiurie chez certains nourrissons et se demande s'ils ne sont pas tout particulièrement vouée à l'Énurésie. Cette hypothèse pathogénique a conduit certains auteurs à pratiquer des études expérimentales qui sont, à vrai dire, les seules qu'on rencontre dans ce domaine de l'Énurésie. Et celui qui s'est fait le défenseur de cette pathogénie, en France, Lauret, écrit notamment :

« Une épreuve très simple, la cystométrie, apporte la preuve indiscutable de la nécessité d'une interprétation physiologique de l'Énurésie primitive, forme plus fréquente de la maladie.

4° LE FACTEUR AFFECTIF

En fait, une grande importance doit être attribuée aux facteurs affectifs dans la genèse de l'Énurésie.

Déjà, la classique observation de Trousseau, citée par Michaux (L.) et Duché (D.-J.), montre l'influence d'événements dont la tonalité affective est évidente :

« C'était une jeune fille de 18 ans qui, depuis sa naissance, urinait au lit. Chez elle, on avait compté, mais en vain, sur la dentition. A 14 ans, la menstruation s'était établie sans plus d'avantages. On avait alors dit à la famille que le mariage la guérirait. Cette demoiselle avait tous les agréments de la beauté et de la richesse, mais comment la donner à un homme sans prévenir celui-ci de l'infirmité de sa future femme? Et quel homme consciencieux aurait accepté de courir les chances qu'on lui présentait? Un individu sans fortune ne recula pas devant la situation : il l'épousa. Sa femme devint immédiatement enceinte et, à partir de cette époque, elle cessa de pisser au lit. »

N. et M. Soulé ont repris l'étude des facteurs affectifs dans l'Énurésie.

En résumé, ils ont montré que l'Énurésie est un symptôme qui a sa signification.

— En urinant au lit l'enfant se dresse contre la discipline sphinctérienne (symbole de toutes les disciplines ultérieures).

— L'énurétique, en pissant au lit, prolonge son enfance.

— La saleté, pour l'énurétique, est une arme agressive contre l'adulte.

— Chez l'enfant, la rétention de l'urine peut entraîner un certain degré d'érotisme, et l'on parle « d'hédonisme et d'érotisme médial ».

— Il y a, pour l'énurétique, une satisfaction de puissance dans l'urination.

— Enfin, N. et M. Soulé ne manquent pas d'insister

sur la pleine satisfaction qu'éprouve l'enfant à sentir le linge mouillé, véritable satisfaction cutanée.

Il serait fréquent de retrouver, chez les enfants énurétiques, des rêves de bains ou plaisirs tirés de l'élément liquide.

Cette infirmité, qui devrait durcir la relation de l'enfant avec son milieu familial, lui procure ou plutôt lui permet de tirer de véritables avantages, que la thérapeutique devra s'attacher à découvrir :

— attention de la mère,

— énurésie qui évite à l'enfant le pensionnat, à la jeune fille le mariage,

— au jeune homme le service militaire.

A cause des punitions sévères qu'il reçoit, l'enfant énurétique trouve l'unique occasion de satisfaire ses besoins masochiques. Le fait d'uriner au lit n'est-il pas l'objet de sanctions disciplinaires ostentatoires?

D'après N. et M. Soulé, l'Énurésie a pour l'enfant l'avantage de réaliser un symptôme névrotique, qui lui permet de libérer son agressivité et en même temps d'attirer sur lui la punition qui atténuera son sentiment de culpabilité.

S'il veut entreprendre une cure efficace de l'Énurésie, le médecin doit comprendre ces phénomènes.

PATHOGÉNIE

L'Énurésie, le fait pour un enfant de continuer à uriner la nuit au lit à un âge où la propreté est de rigueur, a un déterminisme très complexe.

La compréhension des facteurs intervenant dans la création ou l'entretien des énurésies essentielles est encore très médiocre.

Royer (P.) pense que certaines données seraient favorables à l'interprétation d'une grande partie des cas comme une persistance du mode infantile de miction automatique ou comme un retour à celui-ci.

Les courbes cystométriques ont pu mettre en évidence, en effet, la persistance chez l'énurétique des caractéristiques fonctionnelles de la miction du nourrisson; capacité vésicale réduite, inhibition nulle ou incomplète, avec systoles vésicales incomplètes. Les résultats obtenus permettent de considérer que si certains énurétiques ont des courbes normales, la plupart ont des courbes infantiles où existent une diminution de la capacité vésicale avec une inhibition incomplète ou les deux (G. Lauret).

On a attiré l'attention par ailleurs sur le fait que plusieurs anomalies associées à l'Énurésie joueraient un rôle favorisant et seraient également le témoin d'un retard de maturation chez les énurétiques. Selon Royer (P.), il convient d'être critique à l'égard de ces constatations qui concernent surtout la débilité motrice, la profondeur anormale du sommeil et l'absence de rythme nyethéméral de diurèse avec polyurie nocturne.

Les raisons qui permettent la persistance ou le retour à un stade infantile de la physiologie de la miction sont très obscures.

Royer (P.) fait remarquer l'absence de documentation neurophysiologique et neuropathologique, et il dit

que ce sont surtout les analyses psychologiques qui ont été accumulées à cet égard. Suivant les psychologues et les neuropsychiatres, les explications varient, mais elles ne sont peut-être pas exclusives.

Royer (P.) propose deux thèses pour expliquer l'Énurésie essentielle :

— *La première se rattache* aux anomalies de conditionnement de l'acte mictionnel où les défauts de l'éducation diurne du contrôle sphinctérien jouent souvent un rôle. Au plus poussé d'une telle analyse, on en arrive à une conception pavlovienne de l'Énurésie essentielle.

— *La seconde explication repose* sur une mise en évidence des désordres affectifs ou émotionnels. Au maximum de ce type d'analyse, des explications freudiennes de l'Énurésie ont été données.

Une difficulté très grande dans la compréhension du comportement psycho-affectif des énurétiques est de savoir ce qui est primitif et ce qui est secondaire à l'Énurésie.

La tolérance psychologique de l'enfant à sa maladie est en effet variable d'un sujet à l'autre et chez un même sujet d'un âge à l'autre.

Le choc émotionnel a été incriminé à l'origine de certaines énurésies; Marquet (Ch.) pense que c'est plus un facteur de révélation d'une forme latente, ou en sommeil, qu'une cause directe. Un tel choc possède une action cholinergique, avec hypersécrétion d'hormone antidiurétique, et une action adrénergique, facteur de polyurie (Ch. Marquet).

Pour Verney, l'un ou l'autre de ces effets peut prédominer, il est possible de voir un choc émotif provoquer successivement une anurie, puis une polyurie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

B... René, 10 ans, est le garçon d'une mère célibataire qui travaille. Celle-ci a une vie assez agitée et n'est pas, particulièrement, attachée à son enfant. Elle l'a placé, déjà, dans plusieurs internats. Elle habite une chambre isolée et a des relations sentimentales plus ou moins durables avec des amis successifs.

B... René a une Énurésie durable et incoercible, avec de véritables inondations, ce qui a motivé son renvoi de plusieurs internats successifs. Dès lors, il contraint sa mère à le prendre chez elle et y passe plusieurs mois, en attendant qu'un nouveau placement soit mis en train et accepté. Les renvois sont réguliers et les séjours à la maison sont de plus en plus fréquents.

L'interrogatoire, tant de la mère que du garçon, montre bien que ce symptôme est le seul moyen pour René de contraindre sa mère à le prendre chez elle et à s'occuper de lui. René est repris par sa mère et traité par vitaminothérapie. René ne mouille plus son lit depuis qu'il vit avec sa mère.

OBSERVATION N° 2

P... Gérard, 12 ans.

Hospitalisé en chirurgie pour Énurésie nocturne.

La cystocopie n'a rien révélé.

Examens généraux et neurologiques sont normaux. La radiographie de la colonne lombo-sacrée est normale.

E.E.G. 3-1-62 : tracé normal.

Par l'interrogatoire nous apprenons que Gérard sait que, tant qu'il sera énurétique, il ne peut être question

de le mettre dans un collège plus lointain, où sont déjà partis deux de ses frères aînés, et ceci lui permet de bénéficier seul du séjour familial. Il manifeste, sincèrement, le désir de guérir et d'accéder à des études supérieures, mais il éprouve aussi le besoin inconscient de cet attardement régressif.

Le 10-1-62 : hospitalisé en pédiatrie.

On décide de le faire coucher sur un matelas dur plutôt que sur un matelas mou.

On prescrit des cures de vitascorbol, car il est écrit sur la boîte que « c'est la vitamine des champions ».

L'Énurésie disparaît après dix jours de traitement, et de « sevrage » du milieu familial.

OBSERVATION N° 3

C... Éric, 7 ans.

Habite chez ses grands-parents maternels. Ses parents, de par leur profession, sont contraints à de fréquents voyages.

Énurétique depuis l'âge de 5 ans, les grands-parents maternels, par un laborieux « dressage », ont réussi après un certain laps de temps l'éducation mictionnelle d'Éric qui est très attaché à ses grands-parents maternels.

A 6 ans, les parents reprennent Éric avec eux. L'Énurésie recommence.

Les parents décident alors de confier Éric à nouveau à ses grands-parents; quelques jours plus tard, Éric cesse d'uriner au lit.

OBSERVATION N° 4

R... Hubert, 11 ans.

Très jeune, il eut plusieurs maladies et sa mère l'a particulièrement couvé.

Maintenant il a grandi et il n'y a plus de traces des affections anciennes. Seule persiste une Énurésie. Celle-ci lui permet, manifestement, d'obtenir une sollicitude

toute particulière de sa mère et d'être considéré comme un bébé.

Sa mère lui met encore des couches et une « bambinette ».

Un traitement par sels de calcium a été un échec complet.

L'hospitalisation est décidée.

En avril 1961 :

— on pratique une cystocopie qui ne révèle rien,

— la radiographie de la colonne lombo-sacrée est normale,

— les examens généraux et neurologiques sont normaux.

On tente une rééducation mictionnelle nocturne, avec comme traitement des cures vitaminiques.

L'Énurésie devient alors intermittente.

OBSERVATION N° 5

T... Gérard, 14 ans, énurétique depuis toujours; il lui a fallu plusieurs années avant d'être propre pendant la journée et, encore maintenant, il lui arrive de mouiller son caleçon à la suite d'envies impérieuses et fréquentes diurnes.

Sa mère s'est efforcée de le réveiller à temps. Ceci était obtenu aisément et on pouvait le faire uriner de nuit complètement éveillé. Mais, néanmoins, il mouillait cependant son lit une autre fois et, même encore actuellement, réveillé totalement deux ou trois fois par nuit, avec miction complète, il lui arrive parfois de mouiller son lit.

Gérard est très contrarié de ce qui lui arrive et veut tout faire pour guérir. Une étude minutieuse et la complète collaboration de l'enfant montrent que son intégration sociale, scolaire et familiale est bonne. Son comportement est dans les limites du normal dans toutes les circonstances. C'est un garçon gentil, travailleur, qui fait du sport. La cystocopie a montré une

vessie petite et intolérante, hypertonique avec contractions brusques.

On note aussi chez Gérard une tendance à la potomanie.

A la demande même de Gérard, le traitement par appareil pour réveil automatique conditionné est institué et suivi avec application.

Après quelques semaines d'un traitement difficile, et malgré les sédatifs nerveux associés, certes, Gérard est propre, mais il lui est nécessaire de se réveiller au moins deux fois par nuit pour uriner.

En fin de trimestre, ou lorsqu'il a travaillé pour des compositions, ou après un match pénible, Gérard, dormant plus profondément se réveille in extrémis et, parfois même, après l'émission d'urine qu'il n'a pu contrôler.

Suivi depuis deux ou trois ans, cet inconvénient tend à s'améliorer, il ne se réveille qu'une fois au milieu de la nuit, et, depuis plusieurs mois, son lit est sec.

OBSERVATION N° 6

R... Christian, né le 16-9-49.

Enfant énurétique, urine au lit la nuit depuis bientôt cinq ans.

Peu affectueux avec ses parents; serait très jaloux de ses frères et sœurs.

La maman gâterait un peu trop ses enfants.

Christian aimerait bien sa grand-mère maternelle et lorsqu'il est chez elle, il ne mouillerait son lit que certaines nuits.

A l'examen, enfant de constitution normale qui, bien que présentant une certaine instabilité, est de niveau mental normal.

En février 1960, Christian est pris en observation à l'hôpital.

Tous les examens sont normaux, électroencéphalogramme compris.

On pratique une rééducation par suggestion, à laquelle

on associe un traitement électrique et une médication contre l'hyperexcitabilité vésicale.

Bon résultat à la fin de son hospitalisation.

Rentré chez lui, reprise de l'énurésie après quelques jours.

OBSERVATION N° 7

P... Simon, 12 ans.

Énurétique depuis l'âge de 5 ans.

Enfant affectueux.

Hospitalisé le 3-3-62 pour Énurésie.

Les examens généraux et un E.E.G. n'ont rien révélé.

La radiographie de la colonne lombo-sacrée n'a rien montré.

Des thérapeutiques différentes et fort nombreuses n'ont pas réussi à améliorer son Énurésie.

A la suite d'un séjour à la campagne, chez ses cousins, Simon ne mouille plus son lit.

OBSERVATION N° 8

B... René a 14 ans. Élève brillant d'une classe de 3e. On le destine à une grande école. En même temps très gai et très allant, il est très gêné dans son autonomie sociale et familiale par une É. qui survient, encore, 10 à 15 nuits par mois. Il ne peut aller aux sports d'hiver, ni participer aux camps scouts, et il faut trouver des explications plausibles à chaque fois.

Certes, on retrouve dans ses antécédents une période assez difficile entre 4 et 8 ans; mais, maintenant, tout ceci appartient au passé. On retrouve, en cherchant bien, une gêne particulière si on aborde l'information sexuelle et une certaine négligence pour quelques actes de sa vie. Le traitement consista en une information anatomo-psychologique complète, la prescription de l'appareil avertisseur de Genouville et une invigoration de sa volonté.

Quinze jours après, René revient guéri, après trois nuits seulement où l'appareil ait sonné.

TRAITEMENT

De nombreux traitements ou méthodes de traitement ont été proposés dans l'Énurésie.

Il semble qu'il ne faille prendre des décisions thérapeutiques que selon les résultats de l'examen systématique qui doit toujours être entrepris chez un petit énurétique vrai.

Le traitement ne devra pas être symptomatique mais, dans la mesure du possible, causale, étiologique.

Mais si la correction d'une lésion urinaire, l'assainissement des voies respiratoires infectées sont possibles, devant les formes en apparence essentielles, et qui sont de loin les plus fréquentes, le médecin se trouve souvent désarmé; non pas qu'il n'existe pas des méthodes de traitement, mais c'est plutôt par leur multiplicité, leurs caractères divers, que le choix en est rendu difficile.

En accord avec tous les auteurs, on peut dire qu'il y a des Énurésies. Il n'y a donc pas un traitement plus efficace que d'autres.

I

LA RÉÉDUCATION MICTIONNELLE

A) RÉÉDUCATION DIURNE

Elle repose sur la probabilité d'une capacité vésicale insuffisante et sur celle d'une inhibition vésicale incomplète.

On explique à l'enfant que sa vessie est trop petite et qu'il doit apprendre à se retenir pour augmenter sa capacité. Chaque miction est mesurée dans un verre

gradué et on fait noter sur un carnet le volume des mictions. Au début, l'enfant urine avant d'aller à l'école, au début, au milieu et en fin d'après-midi et avant le coucher. Puis on lui demande de supprimer certaines de ces mictions en se retenant. On lui apprend, en cours de miction, à arrêter et à reprendre celle-ci à la demande, pour favoriser les efforts d'inhibition. L'enfant suit sur son carnet les progrès des volumes mictionnels et on lui explique, dès le début, que l'énurésie a toute chance de disparaître lorsque la capacité vésicale atteint 350 à 400 cm^3.

B) RÉÉDUCATION NOCTURNE

Elle est plus discutable et elle n'est utilisable que si, malgré un bon résultat sur la capacité vésicale, après trois mois de rééducation diurne, l'énurésie nocturne persiste.

On repère l'heure de la première miction involontaire nocturne. L'enfant, seul et sans l'aide de ses parents, doit apprendre à se réveiller un peu avant cette heure, soit grâce à un réveil, soit grâce à un appareil automatique quelconque. Ensuite, tous les cinq jours, nous rapprochons l'heure du réveil de l'heure du coucher. Là également, les mictions involontaires doivent être inscrites et l'enfant doit être revu tous les mois. Si après deux mois, aucun résultat n'est obtenu, une nouvelle tentative est faite six mois plus tard.

II

HYGIÈNE

A) HYGIÈNE DE VIE

Il y a lieu de passer en revue tous les facteurs susceptibles d'entretenir le symptôme et, si possible, de les atténuer ou les faire disparaître. Ainsi, tout ce qui

constitue une cause d'irritabilité, de mauvais sommeil, tout ce qui accroît l'émotivité : le bruit excessif, les déplacements et changements incessants, le climat de mauvaise entente et d'irritation familiale sont nocifs; un mode de vie régulière et calme, avec sommeil suffisant et constant est une base de départ indispensable.

La reprise de l'Énurésie pendant les périodes de fatigue physique et mentale, fin d'année scolaire, époque de croissance rapide de la grande enfance et de la prépuberté, justifient un allègement temporaire des activités physiques et scolaires avec, éventuellement, une médication vitamino-calcique de routine.

B) HYGIÈNE DU COUCHER

Certains auteurs recommandent :

— un matelas dur, plutôt qu'un matelas mou.

— l'élévation des pieds du lit pour diminuer la pression hydraulique au niveau du col vésical.

— l'interdiction à l'enfant de dormir sur le dos.

Toutes ces méthodes sont une bonne psychothérapie, mais elles sont rarement salvatrices.

La protection du siège de l'enfant par de véritables langes, par une garniture, ou par une alèze de caoutchouc disposée sur le drap, sont des causes certaines d'entretien des pratiques auxquelles beaucoup de mères d'énurétiques sont accoutumées.

Il est évident que tout ce qui contribue ou tout ce qui habitue l'enfant à accepter passivement son Énurésie comme inéluctable est à proscrire.

Dans bien des cas, chez certaines mères, il y a un désir parallèle, non avoué, de conserver leur enfant à un stade bébé.

Il est à conseiller de faire coucher l'enfant sans culotte de pyjama et en lui faisant reposer les fesses, non sur des langes mouillés, ni même sur une alèze, mais sur un tissu en mousse de nylon, telles que les descentes de bain à bon marché.

III

RÉGIME

Les prescriptions d'ordre général de diète et d'alimentation concernent essentiellement l'administration de nourritures faciles à digérer, non constipantes, avec élimination des café, thé, cacao, qui contiennent des composantes diurétiques. L'enfant doit aller à la selle, au moins une fois par jour.

La restriction liquidienne est un ancien traitement très largement utilisé en raison de sa simplicité.

En 1932, le Professeur Krasnogorski remarquait les effets inhibiteurs du chlorure de sodium sur le transit rénal.

D'où l'idée d'un régime pour énurétique que l'on peut résumer ainsi : alimentation normale jusqu'à 16 heures. Après 16 heures, suppression totale des liquides et des aliments riches en eau. Le dîner sera donc sec et peu salé, afin de permettre une diurèse normale.

Cette méthode a récemment connu un regain d'enthousiasme, mais le caractère inhabituel de ce régime est, sans doute, une des raisons psychologiques du succès rapporté.

En France, Ratel rapporte les résultats d'un essai de ce régime dans 17 observations. Il a obtenu 8 succès complets et durables, mais il fait les remarques suivantes : le régime est très souvent mal toléré pour l'enfant : soit refus de l'Énurétique de se plier à une telle discipline, soit tricherie de celui-ci par la prise de boisson en cachette.

Deux facteurs interviennent : l'un purement physiologique, les excès de sel entraînant une rétention d'eau; l'autre essentiellement psychologique provenant des encouragements nés de la première nuit sèche.

IV

MÉDICAMENTS

Actions sur la musculature vésicale.

De nombreuses drogues ont été proposées : les unes pour détendre la musculature vésicale, les autres pour la renforcer.

A) DÉTENDRE LA MUSCULATURE

Le bromure de probanthine en comprimés de 15 mg, à la dose de 1/2 à 1 mg par kilogramme par jour, en deux prises, matin et soir, ou le bromure de N-butyl-hyocine en comprimés de 10 mg à la dose de 1/2 mg par jour par kilogramme, en deux prises.

L'extrait sec de Belladone, 3 cg par jour avant 5 ans, 3 à 5 cg de 5 à 10 ans.

B) RENFORCER LA MUSCULATURE VÉSICALE

Dans les cas où la cystométrie a prouvé l'existence d'une atonie vésicale qui, pour certains, atteindrait 25 % des cas, on a préconisé l'emploi de sulfate d'éphédrine à raison de 25 à 50 mg par jour.

La strychnine a été utilisée avec un certain pourcentage de succès.

C) LUTTE CONTRE L'HYPERSOMNIE

Avec un pourcentage de succès relatif, le sulfate d'amphétamine (orthédrine) à des doses variables de 2 à 10 mg par jour, suivant l'âge et la tolérance individuelle, a été préconisé dans l'hypersomnie manifeste.

En cas de sommeil très profond, il a été utilisé le chlorhydrate de pipradol (Mératran) à la dose de 1 à 2 comprimés de 1 mg le soir au coucher.

D) LUTTE CONTRE L'AGITATION

Chez les anxieux spasmophiles, agités, on donne 1 à 2 comprimés de 25 mg le soir de chlorhydrate de chlorbenzhydryléthyl-diéthylène-diamine (Atarax).

Enfin, on a donné et on prescrit beaucoup d'autres drogues sans idées pathogéniques dominantes.

— Les différents sels de calcium.

— La sulfarsénothérapie faite dans le but d'une action tonique.

V

PROCÉDÉS PHYSIQUES ET CHIRURGICAUX

Bien sûr, certaines méthodes brutales sont à proscrire, telle la fustigation par un nerf de bœuf sur les reins, comme le prescrivait Monod (Eugène) « Sous le prétexte de le (le périnée) fortifier et de donner du ton à la vessie ».

M^me^ Valla-Lequeux proteste, pour des raisons psychologiques, contre toutes manœuvres brutales (Injections épidurales, procédés électriques, laminectomie).

N. et M. Soulé (32) disent : « Les souvenirs que conservent de leur enfance beaucoup d'anciens énurétiques sont, à cet égard, probants. Encore plus probantes sont les évocations que l'on recueille au cours de psychanalyses d'adultes névrosés qui, énurétiques dans leur enfance, à une époque où déjà leur névrose se constituant, ont ressenti comme des traumatismes parfois intenses et durables, cette thérapeutique ou pseudo-thérapeutique administrée contre leur Énurésie. La disparition de celle-ci en pareils cas ne peut être considérée comme un succès ».

VI

MÉTHODES DE RÉVEIL NOCTURNE

C'est une méthode qui consiste à créer un réflexe conditionné chez l'énurétique. Méthode décrite par Fandler (P.) en 1904, reprise par Genouville en 1908.

VII

PSYCHOTHÉRAPIE

Pour N. et M. Soulé (32) la psychothérapie est le traitement de base de l'énurésie « le grand principe est de s'occuper de l'énurétique et non pas seulement de l'examiner et de prescrire ». L'interrogatoire patient de l'enfant et de ses parents recherchera les conflits affectifs qu'il faudra aplanir et résoudre :

— atténuer la culpabilité du petit malade,

— réduire les bénéfices ou les avantages qu'il tire de cette situation, présenter en compensation à l'enfant d'autres perspectives : l'on peut conseiller au garçon d'entrer dans une troupe scout, à la petite fille de participer à des activités artistiques : la danse, par exemple.

Ces mêmes auteurs ont utilisé le psychodrame.

Pour eux la technique psychodramatique leur paraît d'une efficacité rapide et d'un appoint considérable aux autres thérapeutiques. Leur étude, tout en soulignant l'intérêt thérapeutique de la méthode, met en évidence le mécanisme psychologique de l'Énurésie.

PROPHYLAXIE

Que faire pour éviter la constitution d'une Énurésie?

— Au premier chef, éviter une éducation sphinctérienne intempestive parce que trop précoce ou trop rigoureuse. Ne pas vouloir aller plus vite que la matu-

ration spontanée de l'enfant ne le permet : la propreté diurne s'acquiert vers dix-huit mois, la propreté nocturne est plus tardive. Mettre le nourrisson trop souvent sur le pot n'est pas une méthode d'éducation sphinctérienne, alors qu'il est incapable de contrôler ce qui n'est encore qu'un acte purement réflexe. Il est nécessaire de faire œuvre éducative, par une persuasion ferme et douce, auprès d'une mère anxieuse, premier atout du développement des troubles du comportement inhérents au premier âge.

— Mais à l'inverse, il faut habituer le nourrisson tout petit à la propreté; en particulier ne pas lui laisser prendre l'habitude de s'endormir dans des langes mouillés.

De même, un peu plus tard, lorsque commence à s'établir de temps en temps le contrôle nocturne, il y a intérêt à le débarrasser de ce qui perpétue pour lui le stade bébé (couches et garniture pour la nuit) en lui faisant prendre conscience de son « grandissement », quitte à accepter au début quelques déboires de literie.

CONCLUSIONS

I. — L'Énurésie essentielle chez l'enfant n'est pas une perte continue des urines, mais une véritable miction normale, nocturne, involontaire et inconsciente, sans participation directe ou indirecte organique quelconque, persistant ou réapparaissant chez un enfant ayant dépassé l'âge de 3 ans.

II. — La distinction entre Énurésie primaire (75 %) et Énurésie secondaire (25 %) est préférable à la terminologie d'Énurésie congénitale ou d'Énurésie acquise (N. et M. Soulé).

III. — L'Énurésie, dans les conditions normales, est donc la conséquence de la substitution, aux réflexes normaux, de réflexes pathologiques et cela dès le début de la vie; le traitement est donc essentiellement préventif, par une parfaite hygiène du nourrisson, un régime correct, une régularité parfaite des repas et du sommeil; le dressage, l'entraînement du contrôle des sphincters s'effectuent alors très facilement, voire spontanément.

IV. — Chez le grand enfant, l'Énurésie dite essentielle est favorisée et extériorisée par de nombreux facteurs exogènes et endogènes auxquels il faut donner toute son attention lors des essais thérapeutiques.

V. — En plus de tous les moyens thérapeutiques mis en œuvre, il est nécessaire bien souvent de pratiquer une psychothérapie douce et souvent efficace.

Le véritable traitement de l'Énurésie se doit d'être éclectique. Il ne saurait y avoir un traitement de l'Énurésie, puisqu'il y a des Énurésies.

Vu : *Le Président de Thèse :*

VIRENQUE.

Vu : *Le Doyen :*

LAZORTHES.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 4 juin 1962.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :

DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aubin (H.). — *Traitements nouveaux de l'énurésie.* Centre médical scientifique (N° 10, décembre 1950).
2. Bachelard (G.). — *L'eau et les rêves. Essais sur l'imagination de la matière.* Corti, 1942.
3. Bakwin (H.). — *Enuresis in Children.* J. Pedriat., 58 806, 19-6-1961.
4. Bergé (A.). — *Le facteur psychique dans l'énurésie. Ecole nouvelle française.* Edition du Seuil, Paris, 1946.
5. Bouvet (A.). — *Contribution à l'étude sur l'énurésie.* Thèse, Lyon, 1945.
6. Bostock (J.). — *L'emploi de la machine « whalvic » dans l'énurésie.* Médical journ. of Australia. 41, n° 4, 24 juillet 1954, pp. 141-143.
7. Bostock (J.) et Eckert (J. P.). — *Enuresis and Pants wetting in Children. A survey of some simple the therapies.* The medical journal of Australia, vol. 2, 44, n° 8, 24 août 1957, pp. 284-287 .
8. Bostock (J.) et Shackleton (M.). — *Le facteur de maturation dans l'énurésie.* The Medical Journal of Australia, vol. L, 43, n° 25, 23 juin 1956, pp. 1042-1043.
9. Breton (A.), Dupuis (Cl.) et Defrance (G.). *L'énurésie. Concours Médical.* 80e année, n° 34-35, octobre 1958, pp. 4541-4552.
10. Castelli (S.) et Cordelli (F.). — *On some electro-encephalographic findings in enuresis.* Rass stud. Psichiat., 49, 953, 64. Nov.-déc. 60 (IT.).
11. Crosby (N. D.). — *Essential Enuresis. Successful treatment based on physiological concepts.* Med. Journ. of Australia, 2, 533, 1950.
12. Davidson (J. R.) and Douglas (C. E.). — *Nocturnal Enuresis. A special approach to treatment.* Brit. M. J., 1, 1354, 1950.
13. Delay (J.). — *La psycho-physiologie.* Collection « Que sais-je? », n° 118, P. U. F., 1959.
14. Duché (D. J.). — *Le problème de l'Enurésie.* Thèse, Paris, 1950, 173 p. Bibl.
15. Dupin (J.). — *Essais de traitement de l'énurésie par la gonadotrophine chorionique.* J. Méd. Bordeaux et Sud-Ouest, juillet 1953, n° 7, p. 931.
16. Duran (P.), Favier (M.), Judeau (P.), Juillet (P.) et Gibert (J.). — *Perturbations du tracé E.E.G. dans l'énurésie.* Revue neurologique, 7, 8, 9 juin 1955, 92, n° 6, pp. 627-628.
17. Freud (S.). — *Trois essais sur la théorie de la sexualité.* Traduction N.R.F., 1924.
18. Freud (S.). — *Fragment d'une analyse d'hystérie-Dora, en cinq psychanalyses.* P.U.F., 1954, pp.1-91.

19. Gjedde (F.), Welling (E. M.). — *Treatment of enuresis nocturna with dexamphetamine-atropine tablets and with a conditionning device.* Nord. Medic. 64 : 1322-5. 20 octobre 1960 (DAN).
20. Hallgren (Bertil). — *Enurésis :*
1° *A study with reference to the morbidity rusk and symptomatology.*
2° *A study with reference to certain physical, mental and social factors possibly associated with enuresis.*
Acta psychiatrica and neurologica scandinavica, vol. XXXI, fasc. 4, 1956, pp. 379-436.
21. Hallgren (Bertil). — *Enurésis. A clinical and genetic study,* acta psychiatrica neuro-scandinavica. Suppl. 114, vol. 32, 1957, 152. Bibl.
22. Henny (R.). — *Enurésis. The wiewpoint of pedopsychiatry.* Rev. Med. Suisse. Rome 81 : 43-52, janv. 1961 (Fr.).
23. Hill (L. F.). — *The enuresis problem in Children.* J. Pediatr. 58 : 889-91. Jun 61.
24. Jones (H. G.). — *Specific contidioning treatment of enuresis nocturna.* Cereb. Palsy. Bull 3 : 227-36, Jun 61.
25. Keizur (L. W.) et Hodges (C. V.). — *Influence of Banthine or vesical function.* The journal of Urology. 2 février 1952, 69, 252-272.
26. Kreimer (Aia). — *Treatment of nocturnal enuresis with hypnotic sleep.* Sovet Med. 25 : 130, 3 Feb. 61 (Rus).
27. Launay (Cl.) et M^me^ Fayol. — *Traitement de l'énurésie « essentielle ».* La Revue du Praticien, T. III, n° 27, 21 octobre 1953, pp. 1953-61.
28. Lebovici (S.), Diatkine (R.) et Kestemberg (A.). *Bilan de 10 ans de thérapeutique par la Psychodrame chez l'enfant et l'adolescent.* La psychiatrie de l'enfant. Vol. I, fasc. 1, 1959, P.U.F., 63-179.
29. Lelong (Marcel). — *La puériculture.* Collection « Que sais-je? », n° 740, P.U.F., 1957 (2^e^ édition 1960).
30. Pescetto (G.) et Pardera (G.). — *L'hérédité dans l'énurésie.* Rivisia di Patologia nervosa e mentale, fasc. 1. Florence, 1958, pp. 95-104.
31. Pichon (E.). — *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent.* Masson et C^ie^, édit., 1947.
32. Soulé (Nicole). — *L'énurésie. Etude théorique, pratique et thérapeutique.* Thèse de Médecine, Paris, 1959.
33. Soulé (Michel). — *Le psychodrame et l'attitude psychodramatique dans le traitement de l'énurésie.* Communication au groupement français de Neuropsychiatrie infantile, 1959.
34. Soulé (Michel). — *L'énurésie. Son traitement efficace par le pédiatre.* Entretien de Bichat, 1959. Exp. Scientif. franç.
35. Storvis (Berthold). — *Group psychotherapy of Enuresis children by psychodrame and sociodrame.* American Journa of Psychotherapy. Vol. III, n° 2, avril 1954, pp. 265-75.
36. Valet (Cl.). — *Etude physiopathologique et électroencéphalographique de l'énurésie.* Thèse de Médecine, Université de Nancy. Mai 1957, 77. Bibl.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION. 17

HISTORIQUE. 19

Données anatomo-physiologiques 21

Le problème clinique 25

L'étiologie 28

La pathogénie 33

Observations 35

Les traitements et la prophylaxie 40

Conclusions 48

BIBLIOGRAPHIE 50

TOULOUSE. — IMPRIMERIE ÉDOUARD PRIVAT. 8183-6-62
PRINTED IN FRANCE